

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.



РЕФЕРАТ на тему:
«Патологии сократительной деятельности матки»

Выполнила:
Ординатор 1 -го обучения
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Филимонова Ю.В.

Проверил:
Ассистент кафедры
Коновалов В.Н.

Красноярск, 2020

Содержание

Введение

1. Этиология и патогенез патологии сократительной деятельности матки
 2. Патологический прелиминарный период
 3. Первичная слабость родовой деятельности
 4. Вторичная слабость родовой деятельности
 5. Чрезмерно сильная родовая деятельность
 6. Дискоординация родовой деятельности
 7. Профилактика аномалий родовой деятельности
- Список используемой литературы

Введение

Патология сократительной деятельности матки продолжает оставаться одной из главных проблем акушерства и проявляется аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями, различными осложнениями в родах и послеродовом периоде.

К аномалиям родовой деятельности относятся:

- Патологический прелиминарный период;
- Первичная слабость родовой деятельности (первичная гипотоническая дисфункция матки);
- Вторичная слабость родовой деятельности (вторичная гипотоническая дисфункция матки);
- Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки);
- Гипертоническая дисфункция матки;
- Дискоординация родовой деятельности;
- Тетанус матки.

Причины нарушения родовой деятельности многочисленны. Они затрагивают все звенья формирования родовой деятельности (центральная и периферическая нервная система; эндокринная система; матка; фето-плацентарный комплекс).

В группу риска в отношении развития аномалий родовой деятельности входят пациентки:

- В возрасте до 18 лет и старше 30 лет;
- С измененным нервно-психическим статусом (слабый тип нервной системы, отрицательные эмоции и т.д.);
- С эндокринными заболеваниями (дисэнцефальный синдром, нарушение менструальной функции и т.д.);
- С изменением структуры миометрия (дистрофические изменения, послеоперационные рубцы на матке, пороки развития, чрезмерное перерастяжение при многоводии, многоплодии, крупном плоде).

1. Этиология и патогенез патологии сократительной деятельности матки (СДМ)

Характер и течение родов определяется совокупностью многих факторов, которые определяются как готовность организма беременной к родам. Готовность организма к родам формируется длительное время за счет процессов, которые происходят в материнском организме от момента оплодотворения и развития плодного яйца до наступления родов. По сути, роды являются логическим завершением много звеньевых процессов в организме беременной и плода. Во время беременности с ростом и развитием плода возникают сложные гормональные, гуморальные, нейрогенные взаимоотношения, которые обеспечивают течение родового акта. Доминанта родов есть не что иное как единая функциональная система, которая объединяет следующие звенья: церебральные структуры - гипофизарная доля гипоталамуса - передняя доля гипофиза - яичники - матка с системой плод - плацента. Нарушения на отдельных уровнях этой системы, как со стороны матери, так и плода - плаценты приводят к отклонению от нормального течения родов, что, в первую очередь, проявляется нарушением СДМ.

При аномалиях родовой деятельности происходят процессы дезорганизации структуры миоцитов, приводящие к нарушению активности ферментов и изменению содержания нуклеотидов, что указывает на снижение окислительных процессов, угнетение тканевого дыхания, понижение биосинтеза белков, развитие гипоксии и метаболического ацидоза.

К факторам риска аномалий СДМ до наступления беременности можно отнести: экстрагенитальные заболевания, нейроэндокринную патологию, заболевания половых органов, акушерско-гинекологический анамнез, биологические и конституционные показатели (возраст до 18 и после 30 лет, длина тела 150см и менее, узкий таз), профессиональные вредности, бытовые трудности и вредные привычки. Число причин и факторов, способствующих

нарушениям СДМ, увеличивается в период беременности: ПЭ и другие виды патологии беременности, аномалии развития плода и последа, неправильные вставления головки и положения плода, тазовые предлежания, преждевременное излитие околоплодных вод, многоводие и многоплодие, крупный и гигантский плод. Наконец, в процессе родового акта могут возникнуть причины, приводящие к нарушению или усугублению имеющейся патологии СДМ: длительный прелиминарный период, роды, начинающиеся при недостаточной степени "зрелости" шейки матки, патология отделения последа, неправильное и необоснованное назначение фармакологических средств и другие вмешательства.

Основой патогенеза нарушений СДМ являются дискорелятивные взаимоотношения высших отделов ЦНС и подкорковых структур, эндокринных желез и матки, что чаще имеет место при недостаточной биологической готовности к родам, нарушениях стероидогенеза и простагландиногенеза, патологических морфологических изменениях в матке, различных нарушениях нейроэндокринной системы. Патология СДМ тесно связана причинно-следственными отношениями с различными осложнениями беременности, родов и другими генеративными процессами в течение всего половозрелого периода жизни женщины и представляет собой своего рода синдром, обусловленный многими причинами, с разнообразными проявлениями.

2. Патологический прелиминарный период

Патологический прелиминарный период характеризуется болезненными схватками, часто возникающими в ночное время, которые не способствуют созреванию и раскрытию шейки матки. Схваткообразные боли беспокоят беременную в течение 2-3 суток и днем, и ночью, нарушая общее состояние. При этом нередко происходит преждевременное излитие околоплодных вод, развитием гипоксии плода. Из-за бессонницы у женщины нередко развивается усталость.

Тактика ведения родов при патологическом прелиминарном периоде определяется сроком беременности, состоянием плода, зрелостью шейки матки. Кесарево сечение у пациенток с патологическим прелиминарным периодом показано при сочетании перенашивания с незрелой шейкой матки и гипоксии плода. При зрелой шейке матки, сроках беременности 38-39 недель, удовлетворительном состоянии плода производят индукцию родов амниотомией и роды ведут через естественные родовые пути. При незрелой шейке матки, сроках беременности 38-39 недель, удовлетворительном состоянии плода проводится токолиз с использованием в-адреномиметиков. Если лечение окажется эффективным и сокращения матки прекращаются, то в дальнейшем можно пролонгировать беременность до 40-41 недель. При сроке беременности более 40-41 недель и незрелой шейке матки (до 3-4 баллов по шкале Бишопа) для ее быстрого созревания применяют ламинарии, которые вводят интроцервикально. После достижения зрелости шейки матки при оценке в 4 балла и более используют простагландиновый гель (простенон, препидил-гель), который вводят в шеечный канал или задний свод влагалища. Простагландиновый гель наиболее эффективен при зрелости шейки матки 4 балла и более. Введение геля возможно и при зрелости шейки матки 2-3 балла, но в этом случае его эффективность небольшая, препарат приходится вводить повторно, что повышает стоимость лечения. При

достижении зрелости шейки матки в 5-8 баллов производят амниотомию и, если родовая деятельность не развивается, осуществляют рожавозбуждение утеротониками. Роды целесообразно проводить под эпидуральной анестезией. Продолжительность лечения при патологическом прелиминарном периоде не должна превышать 1-2 дня. Лечение проводится под тщательным наблюдением за состоянием плода.

3. Первичная слабость родовой деятельности

Первичная слабость родовой деятельности (первичная гипотоническая дисфункция матки) - патологическое состояние, при котором схватки с началом родовой деятельности слабые и малоэффективные, что приводит к замедлению процессов сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода. Эта патология чаще бывает у первородящих женщин. Первичная слабость родовой деятельности является результатом как недостаточности нервных и гуморальных механизмов, вызывающих и регулирующих родовую деятельность, так и неспособности нервно-мышечного аппарата матки воспринимать импульсы и отвечать на них адекватными сокращениями.

Слабость родовой деятельности характеризуется длительностью родов, превышающей 12 - 18 часов ("затяжные роды"). Через 12 часов родовой деятельности наступает психическая и физическая усталость роженицы, через 16 часов исчерпываются энергетические ресурсы материнского организма, снижается толерантность плода к родовому стрессу.

Диагностика первичной слабости родовой деятельности осуществляется при токо - и партографии, влагалищном исследовании. При токографии о слабости родовой деятельности свидетельствует снижение интенсивности схваток (ниже 30 мм. рт. ст.), тонуса матки (менее 8 мм рт. ст.), частоты схваток (менее 2 за 10 мин), маточной активности (менее 100 Е.М).

Лечение первичной слабости родовой деятельности включает в себя

два этапа. Первый этап - устранение явной причины слабости родовой деятельности и создание условий для использования утеротоников.

На первом этапе необходимо опорожнить мочевой пузырь. При целом плодном пузыре, особенно при многоводии, производят амниотомию. Вскрытие плодного пузыря осуществляется при укороченной или сглаженной шейке матки. После амниотомии полость матки уменьшается, и родовая деятельность может нормализоваться в течение ближайших 2ч. Если этого не происходит, приступают к усилению родовой деятельности другими методами.

Наиболее важным и основным является второй этап лечения первичной слабости родовой деятельности - введение утеротоников с учетом следующего:

- Дифференцированное их применение в зависимости от фазы родовой деятельности;
- Осуществление на фоне введения утеротоников, мониторинга родовой деятельности (токография) и кардиомониторинга;
- Одновременное применение обезболивания (наиболее актуально - эпидуральная анестезия);
- Соблюдение продолжительности, скорости введения и доз сокращающих матку средств.

4. Вторичная слабость родовой деятельности

Вторичная слабость родовой деятельности (вторичная гипотоническая дисфункция) - ослабление родовой деятельности при исходно ее нормальных показателях. Вторичная слабость чаще всего развивается в активную фазу родов или во втором периоде родов.

Причины развития вторичной слабости родовой деятельности часто имеют общую природу с первичной, однако выраженность неблагоприятного действия их слабее и отрицательное влияние сказывается позднее. Кроме

того, вторичная слабость схваток может быть следствием препятствия продвижению плода (несоответствие размеров плода и малого таза роженицы, неправильные положения плода, рубцовые изменения шейки матки, опухоли в малом тазу). Тазовое предлежание плода, запоздалое вскрытие плодного пузыря, эндометрит часто сопровождаются вторичной слабостью.

Вторичная слабость родовой деятельности может иметь ятрогенное происхождение: беспорядочное назначение сокращающих, обезболивающих и спазмолитических препаратов.

Вторичная слабость родовой деятельности проявляется ослаблением силы схваток, урежением и укорочением их, удлинением интервалов между схватками. Увеличивается продолжительность периода раскрытия, замедляется или приостанавливается продвижение предлежащей части. Длительное стояние головки в одной плоскости малого таза (более 2 ч) может привести к некрозу мягких тканей с последующим формированием мочевых и каловых свищей. Отмечается выраженное утомление роженицы. Могут появиться симптомы присоединившегося хориоамнионита и (или) гипоксии плода.

При вторичной слабости родовой деятельности происходят:

- Ослабление схваток (до 40 мм. рт. ст. и менее), снижение тонуса (до 7-10 мм. рт. ст. и менее), активности матки (250 Е.М. и менее);
- Увеличение продолжительности паузы между схватками (3 и менее за 10 мин);
- Замедление раскрытия шейки матки;
- Замедление и приостановка продвижения плода по родовым путям.

Диагностика осуществляется на протяжении 2 ч, когда на картограмме и при влагалищном исследовании отсутствует динамика в развитии родовой деятельности и раскрытии шейки матки.

Лечение. При вторичной слабости родовой деятельности и нормальном состоянии плода делают эпидуральную анестезию, а затем внутривенно

вводят окситоцин в тех же дозах, что и при первичной слабости родовой деятельности.

5. Чрезмерно сильная родовая деятельность

Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперреактивность матки) наблюдается при стремительных родах.

Гиперреактивность матки бывает у женщин с возбудимой нервной системой, у которых особенности регуляции сокращения матки способствуют усилению образования утеротонических соединений (ацетилхолин, окситоцин и т.д.).

Роды начинаются внезапно, сильные схватки следуют одна за другой через короткие промежутки, приводя к сглаживанию шейки матки и изгнанию плода за 1- 3 ч.

Стремительными называют роды, которые у первородящих продолжаются менее 4ч., а у повторнородящих - менее 2ч. Быстрыми называют роды продолжительностью 6- 4 ч. У первородящих и 4- 2 ч у повторнородящих.

С развитием бурной родовой деятельности роженица приходит в возбуждение. После излития околоплодных вод за 1- 2 потуги рождается плод, иногда вместе с плацентой.

При чрезмерно сильной родовой деятельности возможны:

- Глубокие разрывы мягких родовых путей;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (20%, Чернуха Е.А.);
- Эмболия околоплодными водами;
- Острая гипоксия плода;
- Травмы головки плода, включая внутричерепные кровоизлияния.

Тактика ведения родов. Для ослабления родовой деятельности показана эпидуральная анестезия. В первом и втором периодах женщина должна лежать на боку, противоположном позиции плода.

6. Дискоординация родовой деятельности

К дискоординации родовой деятельности (гипертоническая дисфункция матки) относят дискоординацию, гипертонус нижнего сегмента (обратный градиент), судорожные схватки (тетания матки) и циркуляторную дистонию (контракционное кольцо).

Эта патология наблюдается редко (лишь в 1% случаев от общего количества родов). Причины возникновения дискоординированной родовой деятельности:

- Нарушение формирования родовой доминанты и как следствие отсутствие "зрелости" шейки матки в начале родовой деятельности;
- Дистоция шейки матки, обусловленная ее ригидностью, рубцовыми перерождениями;
- Повышенная возбудимость роженицы, приводящая к нарушению формирования водителя ритма;
- Нарушение иннервации матки;
- Генитальный инфантилизм.

Предрасполагающими факторами являются пороки развития матки, рубцовые изменения шейки матки, плоский плодный пузырь, дегенеративные изменения матки вследствие перенесенного воспалительного процесса или наличия миомы матки.

При дискоординации родовой деятельности смещается зона генерации и распространения импульсов действия (водитель ритма) из трубного угла на середину тела или на нижний сегмент матки (смещение водителя ритма по вертикали). Могут возникать одновременно несколько активных зон генерации и распространения импульсов действия. Сокращения матки возникают то в дне, то в теле, то в нижнем сегменте матки (миграция водителя ритма). Мио метрий теряет основное и крайне необходимое в родах свойство - синхронность сокращения и расслабления отдельных участков матки.

Дискоординация маточных сокращений часто вызывает несвоевременное излитие околоплодных вод и дистоцию шейки матки, являющуюся функциональной патологией. К ней приводят некоординированные сокращения и недостаточное расслабление матки, которые нарушают крово- и лимфообращение. Шейка матки остается плотной, края маточного зева остаются толстыми, тугими, не поддающимися растяжению.

При дискоординации родовой деятельности возможны серьезные последствия для плода (гипоксия, гибель) и матери. Изменение градиента давления в венах, амниотической полости и толще мио метрия может привести к эмболии околоплодными водами или преждевременной отслойке плаценты.

Особый риск при этой патологии представляют такие тяжелые осложнения, как разрыв матки, а также тяжелые кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, обусловленные патологией сократительной деятельности матки.

При дискоординированной родовой деятельности обращает на себя внимание беспокойное поведение роженицы, жалующейся на болезненные схватки. Болевые ощущения локализуются преимущественно в области крестца, а не в низу живота, как при не осложненном течении родов. В связи с неадекватной сократительной деятельностью матки нередко наступает нарушение маточно-плацентарного кровообращения, являющегося причиной развития гипоксии плода.

Одним из ведущих признаков дискоординированной родовой деятельности являются полное или почти полное отсутствие нарастания степени раскрытия шейки матки, несмотря на кажущиеся активные родовые схватки, появляющиеся на фоне повышенного тонуса матки. Это явление особо отчетливо выражено при тетании матки, дискоординации ее сократительной деятельности по вертикали и при дистоции шейки матки. Внутреннее акушерское исследование в подобных случаях дает возможность

выявить изменения в шейке матки, характерные для начальных этапов первого периода (укорочение или сглаживание шейки и раскрытие ее зева в пределах 2-4 см). Обращает на себя внимание необычное состояние краев зева, которые представляются толстыми и мало податливыми либо тонкими, но "натянутые в виде струны". При отсутствии должного лечения в дальнейшем присоединяется отек краев зева, и увеличение степени его раскрытия наступает лишь после глубоких разрывов шейки.

Лечение дискоординированной родовой деятельности проводится при мониторинге состояния плода. В первом периоде родов оптимальным методом лечения всех видов дискоординированной родовой деятельности остается региональная анестезия. При тетанусе матки одновременно возможно применение в-адреномиметиков: ингаляционных галогенсодержащих анестетиков (фторотан, энфлюран, изофлюран, севофлюран); препаратов нитроглицерина (нитроглицерин, изокет).

7. Профилактика аномалий родовой деятельности

Профилактика аномалий СДМ проводится поэтапно в женских консультациях и акушерских отделениях стационара. Это прежде всего лечение и профилактика экстрагенитальных и генитальных заболеваний у женщин до наступления беременности, пропаганда здорового образа жизни, проведение мероприятий по охране здоровья девочек - подростков и женщин. В женской консультации осуществляется профилактика осложнений беременности.

В связи с тем, что 1-й триместр беременности (период бластогенеза, эмбриогенеза и плацентации) характеризуется сложными нейроэндокринными изменениями, высокой проницаемостью плаценты для вредных факторов, не рекомендуется назначать какие-либо медикаментозные препараты во избежание их вредного влияния на плод. Во 2-м триместре (средний плодовый, период системогенеза) с 14--16-недельного срока

беременности женщинам, имеющим факторы риска, назначают антиагреганты (трентал, курантил), ВМК, улучшающие микроциркуляцию, плацентарный кровоток и растяжение миометрия, которое достигает максимальных значений к 30--35-й неделе гестации. Медикаментозную профилактику продолжают перманентно (при удовлетворительном состоянии плода ее сводят к необходимому минимуму) вплоть до срока родов.

Подавляющее большинство этих методов не дает точного представления о тонусе и сократительной деятельности матки. Методы наружной гистерографии позволяют судить в основном лишь о частоте схваток и отчасти об их продолжительности, а при многоканальном отведении - о координированности сокращений различных отделов матки. В последнее время наиболее распространенным стал метод кардиотокографии.

Целенаправленную медикаментозную профилактику проводят только тем женщинам, у которых имеется риск развития патологии сократительной деятельности матки.

Психопрофилактическая подготовка, включающая также специальные физические упражнения, оказывает нормализующее действие на симпатико-адреналовую активность. В качестве подготовки к родам используются центральная электроаналгезия по методике Л.С.Персианинова и Э.М. Каструбина (1978), рефлексотерапия, разработанная Г.М. Воронцовой (1982) и А.Ф. Жаркиным (1985).

Очень важно обеспечить беременной женщине психоэмоциональный комфорт, внушить уверенность в благополучном исходе родов. Ночной сон должен быть пролонгирован до 8--10 часов, дневной отдых - не менее 2--3 часов, пребывание на свежем воздухе -- 4--6 часов.

Список используемой литературы

1. Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинаева, О.Б. Панина, М.А. Курцер. Акушерство, учебник. Москва, Издательская группа "ГЭОТАР - Медиа", 2009.
2. В.И.Дуда, Вл.И.Дуда, И.В.Дуда. Акушерство. Минск, "Вышейшая школа", 2004.
3. Акушерство под ред. Г.М.Савельевой. Москва, "Медицина", 2000.
4. Журнал "Медицинские новости", №12, 2004М.Л. Тесакова, Л.М. Санько "Профилактика аномалий родовой деятельности".
5. Э.К. Айламазян. Акушерство. Санкт - Петербург, СпецЛит, 2003.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры

на реферат ординатора 1 года обучения

по специальности "Акушерство и гинекология"

Филимоновой Юлии Вячеславовны

Тема реферата: «Патологии сократительной деятельности матки»

Основные оценочные критерии

№	Оценочные критерии	Положительный/ отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия темы	-
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	-
9	Наличие общего вывода по теме	+
19	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/хорошо

Дата: "25" декабря 2020 год

Подпись рецензента


подпись


ФИО рецензента

Подпись ординатора


подпись


ФИО ординатора